



INSCRIPTION AUX ACTIVITES 2019 / 2020

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom : Fille Garçon
Prénom :
Date de naissance :
Ecole fréquentée : Classe :

PARENTS A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

Nom du ou des responsable(s) :

Autorisation parentale

Autorise..... en sa qualité de :..... Téléphone
Autorise..... en sa qualité de :..... Téléphone
Autorise..... en sa qualité de :..... Téléphone
à récupérer mon enfant dès la fin du temps d'activité et décharge la Mairie de Trets et l'IFAC de toutes responsabilités.

En cas de séparation ou de divorce, l'autre parent est-il autorisé à récupérer l'enfant ?

OUI NON

Tout changement concernant cette autorisation devra être impérativement signalé, faute de quoi les Services Enfance et Jeunesse seront déchargés de toutes responsabilités.

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES :

Projet d'Accueil Individualisé :

L'enfant fait-il l'objet d'un P.A.I. ? Oui Non En cours
Si oui, joindre le protocole et toutes informations utiles.

→ FOURNIR LES PHOTOCOPIES DU CARNET DE SANTE PAGES VACCINATION

Si l'enfant n'est pas vacciné, merci de fournir un certificat du médecin.

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si OUI, veuillez contacter le responsable de l'accueil concerné qui prendra les mesures nécessaires dans le cadre du respect de la réglementation (*Aucun médicament ne doit être confié à un enfant*).

Si l'enfant présente un handicap cela nécessite-t-il des mesures particulières : OUI NON

L'enfant présente-t-il une maladie chronique, une intolérance alimentaire, une allergie ?

OUI NON

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

- | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rubéole | <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Angine | <input type="checkbox"/> Otite | <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Oreillons |
| <input type="checkbox"/> Scarlatine | <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Rhumatisme | <input type="checkbox"/> Maladie articulaire | <input type="checkbox"/> Autres |

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses dentaires, auditives, etc... ?

Précisez :

Nom et téléphone du médecin traitant :

Recommandations utiles des parents :

.....

.....

AUTORISATIONS :

Autorisation de transport dans le cadre des activités municipales selon la législation en vigueur : Oui Non

L'enfant sait-il **nager** ? : Oui Non

Autorise la Mairie de Trets à diffuser les images de mon enfant prises lors des sorties, des séjours, des activités (photos et vidéos) pour un usage de reproduction et de représentation.

Autorise mon enfant à **rentrer seul** dès la fin de toutes les activités.

Autorise mon enfant à **participer aux** sorties du Centre de Loisirs.

Je déclare avoir pris **connaissance des règlements** des accueils de la ville de Trets.

J'atteste **sur l'honneur** l'exactitude des informations renseignées sur tous les documents que j'ai complétés et fournis, et m'engage à signaler par écrit tout changement de situation auprès du service scolaire.

Fait à Trets, le/...../.....

Signature du (des) responsable(s) légal(aux)

Coordonnées destinées à la gestion interne. Ces coordonnées permettront à la Mairie ou à l'IFAC de vous envoyer des informations concernant le fonctionnement du service ou des activités.

* Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de restriction et de suppression des données vous concernant (loi « informatiques et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée).pour toute demande, adressez-vous à la mairie : Mairie de Trets Service Scolaire Hôtel de ville, place du 14 Juillet 13530 Trets.